ÉTUDE DU RÉSULTAT DÉFINITIF

DANS LA

CURE RADICALE DES HERNIES

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BALE

pour obtenir le grade de docteur en médecine

PAR

VICTOR CUÉNOD

de Vevey.

Acceptée sur la proposition de Monsieur le professeur Dr Socin.

LAUSANNE

IMPRIMERIE GEORGES BRIDEL

1881

ÉTUDE DU RÉSULTAT DÉFINITIF

DANS LA

CURE RADICALE DES HERNIES

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BALE

pour obtenir le grade de docteur en médecine

PAR

VICTOR CUÉNOD

de Vevey.

Acceptée sur la proposition de Monsieur le professeur D^r^ Socin.

LAUSANNE

IMPRIMERIE GEORGES BRIDEL

—

1881

Le but que je me propose, en faisant ce travail, c'est de rechercher quels sont les résultats définitifs de la cure radicale des hernies, telle qu'on la pratique depuis huit ans.

Il est reconnu que le résultat constaté quelques jours ou quelques semaines après l'opération ne peut fournir des données d'une valeur réelle. Pour prévenir toute erreur, il faut absolument laisser reprendre au malade sa vie et ses occupations habituelles pendant de nombreux mois, ou même si possible pendant des années : alors seulement il sera permis de se prononcer sur la réussite ou l'insuccès de la cure. Dans les observations que je relate ici, le minimum du temps écoulé entre l'opération et l'examen ultérieur a été de 9 mois, le maximum de 43 $^1/_2$ mois.

En 1879, M. le Dr Steffen [1] publiait dans sa dissertation 16 observations, recueillies dans le service de M. le professeur Socin à Bâle. M. Steffen fit en mai et juin de la

[1] *Steffen.* Ueber Radikaloperationen der Hernien. Dissertation inaugurale. Vienne, 1879.

même année la recherche de ces opérés et donna, avec la description du cas, une note indiquant le résultat obtenu alors. — J'ai cherché, 2 ans plus tard, à retrouver ces mêmes malades et à décrire aussi exactement que possible l'état dans lequel ils se trouvent actuellement. La comparaison de ces deux données est certainement d'un grand intérêt.

A ces 16 observations déjà publiées, s'ajoutent 22 observations nouvelles et inédites. M. le professeur Socin, qui m'a engagé à faire ces recherches, a bien voulu mettre à ma disposition les notes recueillies dans son service et dans sa pratique privée; je lui en témoigne ici toute ma reconnaissance. Les précieux conseils qu'il m'a donnés m'ont été du plus grand secours.

Je tiens aussi à remercier vivement M. le Dr Emile Burckhardt, assistant de la clinique de chirurgie, grâce à l'amabilité duquel j'ai pu obtenir des renseignements sur plusieurs malades, qui risquaient de m'échapper.

La cure radicale des hernies est actuellement à l'ordre du jour de la chirurgie. Les nombreux travaux qui paraissent chaque année et dans tous les pays sont une preuve de l'intérêt que cette opération suscite partout. La partie historique, si intéressante et si variée, a été déjà, à plusieurs reprises, décrite tout au long; je n'y reviens pas ici [1].

[1] Voyez :

Czerny. Studien zur Radikalbehandlung der Hernien, in Wiener medizinische Wochenschrift. 1877. (N° 21-24.)

Englisch. Ueber Radikalbehandlung der Eingeweidebrüche, in Wiener Klinik. III. 1878.

Gerhartz. Die Radikaloperation der Hernien. Dissertation inaugurale. Cologne 1878.

Steffen. Ueber Radikaloperation der Hernien. Dissertation inaugurale. Vienne 1879.

Maas. Ueber Endresultate radikaler Hernienoperationen, in Breslauer ärztlichen Zeitschrift. 1879.

Israëlsohn. Ueber Radikalbehandlung der Hernien. Dissertation inaugurale. Dorpat 1880.

Delbastaille. De la cure radicale des Hernies. Liège 1880.

J.-L. Reverdin. Des opérations modernes de cure radicale des hernies. « Revue médicale de la Suisse romande, » janvier et mars 1881.

J'abandonne aussi la discussion sur les différents modes opératoires et leurs modifications plus ou moins importantes; je me bornerai à décrire succinctement la méthode employée par M. le professeur Socin, ainsi que quelques remarques ayant une relation directe avec l'opération.

Tout le champ opératoire est, cela va sans dire, lavé avec une brosse et du savon, puis désinfecté soigneusement. Quand il s'agit de malades atteints de hernies non incarcérées, on leur fait prendre, avant l'opération, plusieurs bains et l'on maintient libre le tube digestif, au moyen de purgatifs doux et de lavements. — L'opération elle-même se compose de cinq temps :

1° Incision de la peau et des tissus sous-jacents, jusqu'au sac.

2° Dissection et isolement du sac, pratiqués avec des instruments mousses ou avec les doigts; si cette dissection n'est pas possible, préparation du collet, de façon à pouvoir le lier.

3° Incision du sac; réduction de son contenu, après débridement de l'anneau constricteur, quand il s'agit d'une hernie étranglée; s'il y a lieu, résection de l'épiploon adhérent.

4° Ligature simple, double, triple ou quadruple du collet, portée aussi haut que possible, et excision du sac proprement dit.

5° Suture des piliers, quand elle est nécessaire.

Enfin, l'aponévrose qui recouvrait le sac est souvent rapprochée au moyen de quelques fils; la cavité est drainée, désinfectée, et les bords de la peau sont réunis par des sutures. — Un pansement de Lister, très soigneusement appliqué et bien compressif, recouvre la plaie.

Habituellement on prescrit à l'opéré une potion opiacée, à prendre à l'intérieur, et on applique sur le pansement une poche de glace.

M. Socin tient pour superflu l'*avivement des bords de l'anneau;* il n'a pas été pratiqué dans les opérations que je relate ici.

Ce n'est guère que dans les cas de hernies inguinales que la *suture de l'anneau* a été faite. Exceptionnellement, dans un ou deux cas de hernies crurales, avec passage très large, il a fallu procéder au rapprochement forcé des bords de l'orifice, afin d'en amener l'occlusion.

La suture n'a qu'un effet temporaire; elle empêche, dans les premiers jours, l'anse prolabée et surtout le moignon épiploïque, de faire procidence. Cet obstacle mécanique laisse aux parties réduites le temps de se retirer plus profondément dans la cavité abdominale et facilite ainsi soit les adhérences entre le collet réduit et l'orifice interne, soit la rétraction des fibres aponévrotiques dont les piliers sont formés. Malheureusement l'ouverture interne du canal échappe en grande partie à l'action de ces fils : il ne se produit du côté péritonéal qu'une légère détente. — Enfin, dans les hernies inguinales, la présence du cordon spermatique est un des obstacles les plus sérieux à la réussite complète de l'opération. Il est évident que l'oblitération complète du canal herniaire sera bien plus difficile à obtenir, puisqu'on est obligé de laisser dans ce canal un organe mobile, sujet à des différences de volume et à des mouvements fréquents. Chez la femme, la présence du ligament rond est d'une bien moindre importance et n'entre guère en ligne de compte que pendant la gestation et l'accouchement.

C'est probablement à cette différence anatomique qu'il faut attribuer l'inégalité des résultats obtenus entre les hernies inguinales et les hernies crurales. Dans les premières, le passage de la hernie se fait par un canal préformé, qui ne peut être, après l'opération, que *rétréci* et non complètement *oblitéré;* dans les secondes, ce passage se fait bien moins à travers un canal que par un simple orifice, dont l'occlusion complète sera bien plus facile à provoquer.

Comme *matériel de suture*, le catgut a toujours été employé au début. Reconnaissant un grand nombre de désavantages à l'emploi de ces fils, désavantages provenant surtout de la mauvaise qualité et de la préparation imparfaite de ce produit, M. Socin abandonna le catgut et le remplaça par la soie désinfectée selon le procédé de Czerny[1]. La soie ne répondit pas à ce qu'on attendait d'elle[2]; à plusieurs reprises, elle donna lieu à des fistules très tenaces et cela non pas seulement pendant la cicatrisation, mais aussi après une guérison par première intention. De petits abcès se formaient dans la profondeur, il fallait les inciser et ce n'était qu'à grand' peine qu'on parvenait à se rendre maître de la suppuration, toute minime qu'elle était. — La soie fut donc abandonnée, — sauf pour la peau, — on en revint au catgut, dont la préparation s'était perfectionnée, et l'on obtint d'excellents résultats avec les fils conservés dans l'acide chromique (Lister) ou l'huile essentielle de genévrier (Kocher).

[1] *Czerny.* Studien zur Radikalbehandlung der Hernien. Wiener medizinische Wochenschrift.

[2] Voir à ce propos: *Maas,* Ueber Endresultate radikaler Operationen. Breslauer ärtzlichen Zeitschrift, 1879.

Du 7 novembre 1877 à la fin de l'année 1880, il a été fait, dans la clinique de chirurgie de l'hôpital de Bâle, 44 opérations radicales pour hernies inguinales et crurales, incarcérées et non incarcérées. — Nous ne comprenons pas dans cette statistique deux hernies ombilicales volumineuses, qui ont fait récemment l'objet d'un travail publié par M. le Dr de Mestral[1].

Ces 44 opérations ont été pratiquées sur 41 individus. (Une récidive s'étant montrée, après trois mois, chez l'un d'eux (Spiegelberg, Obs. I.) il fallut procéder, 14 $^1/_2$ mois plus tard, à une seconde opération. — Deux sujets atteints de hernie inguinale double furent opérés des deux côtés; les opérations ne furent pas faites le même jour à droite et à gauche, mais on laissa un mois d'intervalle entre chacune d'elles.)

Elles se répartissent comme suit :

19 hernies non incarcérées (17 inguinales, 2 crurales.)
25 hernies incarcérées (15 inguinales, 10 crurales.)

Sur ces 44 opérés, j'ai pu en retrouver 34; je les ai examinés moi-même, à quelques exceptions près. La description de ces cas fera l'objet principal de mon travail.

Voici ce que j'ai pu apprendre sur ceux qui me manquent : Quatre malades ont succombé peu après l'opération; un cinquième mourut longtemps après, à la suite d'une affection tout à fait étrangère à la hernie.

[1] *V. de Mestral.* De l'opération radicale de la hernie ombilicale. Dissertation inaugurale. Lausanne 1881.

Il me resterait donc 39 opérés, mais je dois encore en retrancher 5, que je n'ai pu découvrir. C'est ainsi que j'arrive au chiffre de 34.

Occupons-nous d'abord, pour n'avoir plus à y revenir, des **cas suivis de mort**, et faisons remarquer en premier lieu que ces quatre cas appartiennent tous à la classe des hernies incarcérées, pour lesquelles l'opération dite *radicale* ne constitue qu'un complément de la kélotomie. — Il sera facile de constater, en lisant les observations que je rapporte ci-dessous, que la mort a été la conséquence directe de l'étranglement, tout au moins dans trois cas. — Il serait donc absolument faux d'attribuer la terminaison fatale à la modification du procédé opératoire. Bien au contraire, il me semble que la proportion de quatre morts, sur 25 cas de kélotomie pour étranglement, constitue un résultat très satisfaisant. Ce qu'il faut relever tout spécialement, c'est que la mort n'a jamais été due à une péritonite aiguë, immédiatement consécutive à l'opération, accident si fréquent chez les malades traités par l'ancienne méthode.

M. le Dr Steffen a déjà décrit, dans son travail, le cas d'une femme, *Georg Sophie* (Obs. VIII), atteinte de hernie crurale droite, incarcérée, morte 22 jours après l'opération, suite de péritonite, due à une perforation de l'intestin et à un écoulement des matières fécales dans la cavité abdominale. — Je renvoie le lecteur à la thèse citée.

Parmi les observations de 1879, je trouve un second cas mortel; en voici la relation :

Balmer, Caroline, ménagère, âgée de 49 ans, porte de-

puis 20 ans une hernie crurale du côté droit; son volume est celui d'un œuf de pigeon; jusqu'ici elle n'a occasionné aucun trouble. — Il y a trois semaines, une pleurésie exsudative, accompagnée d'une toux opiniâtre, s'est déclarée du côté droit. Subitement, le 25 décembre 1879, après un accès, la hernie devient douloureuse et irréductible; quelques heures plus tard, la malade est prise de vomissements; on essaye le taxis, mais sans succès. — Le lendemain 26 décembre, on amène la femme B. à l'hôpital. De nouveaux essais de réduction, dans le bain chaud et avec le secours du chloroforme, sont encore tentés, mais toujours vainement. La kélotomie devient nécessaire. Il est procédé comme de coutume. Le sac renferme un peloton épiploïque, qui voile une anse intestinale congestionnée, mais ne présentant aucun signe de mortification. La réduction de l'anse prolabée est rendue particulièrement difficile par la présence d'un double étranglement, dont le débridement nécessite beaucoup de soins. — L'épiploon est réséqué, quatre ligatures divisent son pédicule; deux ligatures étreignent le sac; trois points de suture rapprochent les bords de l'anneau crural. — Une éponge compressive est laissée sur la plaie et sous le pansement de Lister.

Le soir, la température monte à 38°; il n'y a pas de douleurs; à plusieurs reprises, des gaz intestinaux s'échappent par l'anus. Un vomissement. L'urine doit être évacuée au moyen de la sonde. — Le lendemain 27 décembre, la température du matin monte à 37°,6; celle du soir à 39°,5; à part des accès de toux très fréquents et la rétention d'urine qui persiste, la malade va bien. — Le 28 décembre. Température : matin, 38°,4; soir, 39°,4; le pansement est renouvelé; on enlève l'éponge, la plaie a bonne apparence. La toux diminue (opium), la rétention a

disparu. — Du 29 au 31 décembre, températures subfébriles dues à la pleurésie. Il n'y a pas encore eu de selle; un lavement provoque une évacuation claire peu abondante. — 1er janvier 1880. Toujours beaucoup de toux; nombreux râles humides à droite; crachats purulents. Pas de selle spontanée; après 20 grammes d'huile ricin, 2 évacuations claires. — 2 janvier. Température, matin, 37°,1; soir, 38°,2. Le pansement est renouvelé; la plaie est guérie, sauf au point de sortie du drain; ce dernier est enlevé, ainsi que les sutures. — Les jours suivants se passent sans aucun symptôme alarmant du côté de l'intestin; la malade a des températures subfébriles qu'on attribue à la pleurésie. Enfin le 5 janvier, sans motif apparent, la malade est prise de dyspnée, son visage devient cyanotique et subitement, dans la nuit, elle meurt.

A l'autopsie, on trouve une pleurésie fibrineuse droite et une *embolie de l'artère pulmonaire*, du même côté. L'embolus est formé par un caillot de 6cm de long; son diamètre mesure 7mm, il est pelotonné sur lui-même et bouche hermétiquement la lumière du vaisseau. — L'examen attentif des veines de la jambe fait reconnaître la présence de thromboses étendues de ces vaisseaux et il devient évident, par comparaison des calibres, que le caillot obturateur de l'artère pulmonaire a pris naissance dans la veine fémorale, d'où il s'est détaché et a été entraîné par le torrent circulatoire, jusqu'au point où nous le trouvons.

Le cœur présente les signes de la dégénérescence graisseuse. — La plaie est à peu près guérie; par l'angle inférieur s'écoule un peu de sérosité. — Les anses intestinales ne présentent rien d'anormal.

Dans ce cas, il me semble que les accidents qui ont occasionné la mort doivent être mis en partie sur le compte du *bandage compressif* appliqué sur la plaie. En effet, la thrombose des vaisseaux veineux de la jambe n'est pas une thrombose par inflammation de voisinage, car l'examen de la plaie ne montre aucun signe d'irritation; bien au contraire, la guérison suit son cours normal et il y a réunion par première intention sur la plus grande partie de son étendue. Elle ne peut être attribuée qu'à un trouble de la circulation, ayant, il est vrai, comme cause première, la dégénérescence cardiaque, mais favorisé par la compression qu'exerçait le pansement occlusif, entourant la plus grande partie de la cuisse et le bassin. — Il est intéressant de noter que les troubles de la respiration survinrent *tout à coup*, après le renouvellement d'un pansement. Ne pourrait-on pas admettre que les mouvements faits par la malade à ce moment amenèrent le décollement du thrombus, dont aucun signe extérieur ne trahissait la présence? — C'est du moins à ce concours fortuit de circonstances défavorables que M. Socin attribua la perte de son opérée. Il en conclut qu'il peut être imprudent, chez les sujets atteints de troubles circulatoires, d'appliquer des pansements antiseptiques trop compressifs[1].

[1] Depuis lors une nouvelle observation est venue confirmer cette manière de voir : dans un cas d'élongation du nerf sciatique, chez un ataxique débilité, la mort survint subitement au 15e jour, avec tous les symptômes décrits dans le cas ci-dessus et cela immédiatement après le renouvellement d'un pansement Lister, appliqué autour de la racine de la cuisse. A l'autopsie, on trouva deux embolies des branches principales de l'artère pulmonaire au hyle des deux poumons. Elles étaient dues à une thrombose des veines poplitée et crurale du côté opéré.

Le troisième cas suivi de mort est le suivant :

Zimmermann, Balthasar, soixante-six ans, agriculteur, entre dans le service de chirurgie, le 6 novembre 1880, pour hernie inguinale gauche, étranglée depuis trois jours. Le taxis, pratiqué en ville, avait réussi à faire disparaître la tumeur, mais non les symptômes d'étranglement. En effet, le malade se plaint de douleurs très vives dans l'aîne gauche, où l'on peut sentir, en enfonçant le doigt dans le canal inguinal, une tumeur dure, résistante, élastique, à surface lisse; à chaque instant se produisent des vomissements fécaloïdes. Il y a évidemment là un étranglement interne, après réduction en masse de la hernie. — L'opération est entreprise aussitôt. — Au moyen d'une incision parallèle au ligament de Poupart, on arrive sur l'anneau, derrière lequel se trouve le sac. Celui-ci est fixé, légèrement attiré au dehors, ponctionné, puis fendu dans toute sa longueur. Il a le volume d'une pomme et renferme une anse intestinale de 15 centimètres de long. Le collet est débridé; l'intestin, qui ne présente pas de signe de gangrène, est réduit. On lie le collet avec cinq fils, les piliers avec trois fils, de *soie* dans les deux cas.

Le soir, on note un vomissement et du hoquet. Les jours suivants, pas de signes alarmants, sauf le hoquet qui persiste. Dès le second jour, des gaz intestinaux furent émis fréquemment. — Le 11 novembre, le hoquet cesse. Il n'y a pas encore eu de fièvre. — Le pansement est renouvelé pour la première fois le 13 novembre; la plaie va bien, on peut ôter le drain et les sutures. Dans la soirée, la température monte à 38°,5; le malade se plaint de douleurs dans le ventre, qui est ballonné et tendu; pendant la nuit, deux vomissements. — Le 14 novembre, on supprime le panse-

ment; il ne reste qu'une petite fistule dont la sécrétion séreuse est minime. (Glace, opium.) — 18 novembre, il n'y a pas encore eu de selle; comme les clystères ordinaires sont restés sans effet, on fait donner un lavement à haute pression ; une selle abondante se produit alors ; l'abdomen revient un peu sur lui-même, sa sensibilité s'amoindrit, les vomissements et le hoquet qui ont repris, diminuent sensiblement. — L'amélioration persiste jusqu'au 22 novembre; l'abdomen n'est plus que légèrement ballonné et douloureux, les vomissements sont rares, les selles sont provoquées artificiellement chaque jour. — Le 23 novembre, le malade se plaint de douleurs autour de la cicatrice ; celle-ci est gonflée et sensible. — Jusqu'au 25 novembre, la tuméfaction augmente beaucoup; on perçoit dans la profondeur un peu de fluctuation. (Compresses chaudes.) — Le 26, il faut faire une large incision qui donne issue à un demi-verre de pus brunâtre fétide. Drainage. — Le 28 novembre, subitement la température qui, jusqu'ici, n'a jamais été fébrile, monte à 39°,3 et cependant on ne trouve aucune cause à cette élévation thermique. — Le 29 novembre, le malade, qui se sent faiblir, veut absolument quitter l'hôpital pour rentrer chez lui. Il part dans la journée.

M. le Dr Bider, que je remercie ici de son obligeance, a bien voulu me communiquer que Z. extrêmement affaibli, lorsqu'il arriva à son domicile, présenta bientôt tous les signes d'une péritonite aiguë, à laquelle il succomba le 2 décembre, soit trois jours après sa sortie de l'hôpital.

Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Il me semble que dans ce cas l'hypothèse la plus probable est celle-ci : l'anse réduite, longtemps comprimée,

n'a pu reprendre vie; elle était mortifiée. Dans les premiers jours, on ne put constater autre chose que des signes assez légers d'irritation péritonéale; ce n'est qu'au moment de la chute de l'escharre qu'une péritonite aiguë se déclara et entraîna rapidement la mort de l'opéré.

Enfin voici le quatrième et dernier cas :

Kammer, Ida, cinquante-sept ans, ouvrière de fabrique, vit se former sans cause appréciable, il y a huit ans, dans l'aîne droite, une hernie crurale. Depuis quatre jours, après un effort, la hernie s'est incarcérée; le ventre est très sensible, ballonné, des vomissements fécaloïdes se produisent sans cesse. — Sans essayer de nouveau le taxis, M. le Dr Burckhardt pratique l'opération radicale le 5 octobre 1880. — Le sac renferme environ 20 grammes de liq. fétide et une anse intestinale de 12 à 15 centimètres de long, d'une coloration bleu-rouge foncé et recouverte de dépôts fibrineux. La séreuse présente une érosion de la surface d'une pièce de 5 centimes; nulle part elle n'est ramollie ou gangrenée. Trois débridements permettent la réduction. De la cavité abdominale sort un peu de liquide rosé, non fétide. (Exsudat péritonéal.) Vu la quantité minime de ce liquide, on ne pratique pas le drainage du péritoine. Le sac, très épais, du volume du poing, est aussi recouvert, à sa surface interne, de dépôts fibrineux. On l'excise; son collet est lié en trois parties; l'anneau est suturé avec deux fils. (La soie fut employée, dans ce cas, pour le péritoine et pour l'anneau.)

La température, qui était au matin de 38°,8, descend le soir à 37°,5; les douleurs ont disparu. — Le 6 octobre, température soir 38°; ventre toujours sensible, pas de flatuosités; même état le 7 octobre, le ventre se ballonne

davantage, la sensibilité s'exaspère; l'état général ne s'améliore guère le 8 octobre; un vomissement. Tous les symptômes de la péritonite sont là, mais il n'y a aucun signe d'étranglement interne. C'est principalement le colon transverse qui est distendu par les gaz; on essaye de le ponctionner. L'intestin fuit sous l'aiguille de l'appareil aspirateur; il faut renoncer à ce moyen. Alors on enlève le pansement, on écarte les bords de la plaie déjà réunis, recherche le collet, le rouvre et l'on pénètre avec le doigt dans la cavité péritonéale; il s'en échappe une quantité notable de liquide fétide. Un gros drain est placé dans la plaie et par ce moyen on pratique une irrigation complète de la cavité (le liquide employé est une solution phéniquée 1 %); puis on applique un pansement Lister. — Jusqu'au 11 octobre, on renouvelle deux fois par jour le pansement; chaque fois, on lave la cavité. Les douleurs diminuent quelque peu, le ventre est toujours fortement ballonné. Dans la journée du 11, il sort, pour la première fois, par la plaie, des matières fécales mélangées de gaz; les parois abdominales s'affaissent et deviennent souples. Un lavement amène une selle claire. Des bourgeons charnus se montrent; de petits lambeaux gangreneux sont éliminés avec le pus. Une véritable fistule stercorale s'établit; l'état de la malade n'a plus rien d'inquiétant. — Le 24, on supprime le drain; chaque jour une selle est rendue par l'anus : il ne sort plus de matières fécales à partir du 28. — Le 3 novembre, on constate une diminution notable dans le calibre de la fistule, qui se rétrécit journellement. La malade fait une cure de bains, elle se lève. — Le 10 novembre, il ne reste plus qu'une petite surface de granulation, de 4 ½ centimètres sur 1 centimètre, au milieu de laquelle se trouve une petite fistule borgne, de 2 cen-

timètres de profondeur. La suppuration est minime. La femme K. a repris ses forces; son état général est excellent, elle demande à quitter l'hôpital.

Le 13 décembre 1880, l'opérée rentre dans le service, avec le diagnostic de péritonite et d'étranglement interne. Huit jours auparavant, elle avait ressenti subitement, dans le bas ventre, une douleur qui n'a pas cessé dès lors: elle s'est au contraire étendue à tout l'abdomen. Depuis trois jours, la malade n'a pas eu de selle. On ordonne à son entrée une poche de glace et des gouttes d'opium. Plusieurs lavements produisent une évacuation minime. Le ventre est très fortement ballonné, surtout dans la partie supérieure, au-dessus de l'ombilic; il est très sensible. On remarque, dans le pli de l'aîne, une petite fistule donnant peu de pus. — L'état général ne se modifie guère jusqu'au 26 décembre: les forces se soutiennent, le pouls est bon, les douleurs diminuent sous l'influence de la morphine, les selles sont régulièrement obtenues. Tout à coup, dans la nuit du 26 au 27 décembre, la fistule s'ouvre et laisse échapper une quantité très notable de matières alvines et des gaz intestinaux. Le ventre se détend aussitôt, les douleurs cessent. Euphorie complète. La fistule stercorale s'est rétablie. — A plusieurs reprises, jusqu'au 10 février, on est obligé de dilater le trajet, qui a beaucoup de tendance à se fermer. Dès que le passage n'est plus libre, les douleurs reviennent et les symptômes de péritonite se montrent bientôt.

Pour en finir, M. le professeur Socin se décide, le 11 février 1881, à attaquer directement le mal, en faisant l'entéroraphie. Une incision en T est portée au-dessus de l'o-

rifice anormal, les différentes couches qui séparent la peau de l'intestin perforé sont incisées successivement, avec précaution. Ce n'est qu'après une dissection difficile et très laborieuse qu'on parvient sur l'anse adhérente ; elle paraît appartenir à la partie moyenne de l'intestin grêle. Les bords de l'orifice intestinal sont égalisés et les parois, adossées séreuse contre séreuse, sont rapprochées au moyen de huit sutures de soie ; le péritoine pariétal est réuni de la même façon ; le trajet fistuleux et l'ancienne cicatrice sont excisés.

L'opération dura 2 heures ; la cavité péritonéale resta ouverte pendant 65 minutes.

2 heures plus tard, il se produit un vomissement fécaloïde, la malade se sent faible : on prescrit de la morphine et des lavements avec du vin de Madère. — Jusqu'au 13 février, les vomissements se répètent 2 ou 3 fois par jour ; l'abdomen n'est guère sensible, peu tendu, le pouls reste assez bon. Léger état comateux. — 14 février. Dans la nuit, douleurs abdominales vives et, à plusieurs reprises, vomissements fécaloïdes. On renouvelle le pansement. — De la plaie s'écoule un peu de pus fétide. L'état général est assez satisfaisant, le pouls passable ; il n'y a pas de fièvre. — Le 15 février, le ventre se ballonne, devient douloureux ; une évacuation anale présente une fétidité extraordinaire. — Le 16 février, le pansement est encore changé : la peau est réunie par première intention ; du drain sort un liquide brunâtre. — Le 17 février. Même état ; pansement. — 18 février. Par la fistule sortent des matières horriblement fétides ; depuis le 15, il n'y a pas eu d'évacuation anale. Ventre très fortement ballonné ; on constate un épanchement péritonéal. Les vomissements continuent. Etat comateux. Pouls passable. — Le 21 fé-

vrier, le pouls baisse, le coma augmente et le 22, au matin, la malade expire.

A l'autopsie, faite par M. le professeur Roth, on trouve : insuffisance et sténose de la mitrale ; pleurésie double ; péritonite chronique générale. — *Volvulus* à 75^{cm} au-dessus du cæcum ; à 70^{cm} à partir du même point, une *déchirure des tuniques* intestinales de 1 $^1/_2{}^{cm}$ de longueur, parallèle à l'axe du tube digestif. A 67^{cm}, *seconde déchirure de même nature*, suturée. — La plaie de l'intestin est guérie, sauf en un point, où se trouve une petite fistule de la grosseur d'une tête d'épingle, faisant communiquer la cavité du tube avec la cavité péritonéale. — Dans la région crurale se voit enfin un trajet fistuleux conduisant dans l'abdomen.

Une cinquième personne, opérée en février 1880, est morte en juin 1881. — Il s'agissait d'une femme de 53 ans, atteinte de hernie inguinale incarcérée, chez laquelle l'opération elle-même et la marche de la guérison ne présentèrent rien de remarquable. — Elle sortit guérie au bout de 15 jours. — 16 mois plus tard, on amena cette même personne, frappée d'apoplexie, dans le service de médecine de l'hôpital. Elle était aphasique et dans un état comateux assez avancé, aussi ne put-on relever qu'une observation imparfaite et l'on ne fut pas prévenu, entre autres, du fait qu'elle avait été opérée précédemment. Quelques jours plus tard, la femme mourut. A l'autopsie, faite par M. le prof. Roth, on ne constata rien de particulier dans la région inguinale. Il est vrai que cette région ne fut pas soumise à un examen approfondi ; on peut croire

cependant qu'une récidive ne s'était pas produite, car la présence d'une hernie aurait certainement été notée dans le compte rendu relevé alors.

Outre les cinq cas de mort que je viens de décrire, il me manque encore cinq opérés, sur quarante et un que j'avais à rechercher. Je n'ai pu retrouver leurs traces; ce sont tous des ouvriers, dont le séjour dans les villes est ordinairement de courte durée. Il est par conséquent très difficile de se procurer les renseignements voulus sur ces gens-là. Ce fait est regrettable, car il s'agit d'individus jeunes, chez lesquels le résultat obtenu nous intéresse tout particulièrement.

Deux d'entre eux avaient été opérés pour hernies inguinales non étranglées et trois pour hernies inguinales incarcérées. — Tous étaient sortis guéris. — La durée de la guérison avait été, pour les premiers, de 20 jours et de 12 jours, pour les seconds, de 14, de 29 et de 40 jours.

Soustraction faite des 10 cas dont je viens de parler, il m'en reste 34 à décrire; j'ai pu examiner moi-même la plus grande partie de ces opérés. Le rapport que je donne sur leur état actuel a été relevé de 9 à 43 $^1/_2$ mois après guérison de la plaie opératoire.

Les tableaux suivants indiquent sommairement le résultat obtenu :

Sur 17 hernies non incarc., il y avait 15 hernies ing. et 2 crurales.
» 17 » incarcérées, » 10 » 7 »

donnant comme résultat :

sur 17 hernies non incarcérées, 9 récidives, 8 guérisons.
» 17 » incarcérées, 3 » 14 »

ou plus exactement :

sur 15 hernies inguinales non incarcérées, 9 récidives, 6 guérisons
» 2 » crurales » 0 » 2 »
» 10 » inguinales incarcérées, 1 » 9 »
» 7 » crurales » 2 » 5 »

Ceci fait en $^0/_0$, par classes :

pour les hernies non incarc., 52,9 $^0/_0$ de récidives, 47,1 $^0/_0$ de guéris.
» incarc., 17,6 $^0/_0$ » 82,3 $^0/_0$ »

et par variétés :

pour les hernies ing. non incarc., 60 $^0/_0$ de récid., 40 $^0/_0$ de guéris.
» crurales, 0 $^0/_0$ » 100 $^0/_0$ »
» ing. incarc., 10 $^0/_0$ » 90 $^0/_0$ »
» crurales, 28,5 $^0/_0$ » 71 $^0/_0$ »

Je rapporte ici, moins à titre de comparaison (car les termes seraient inégaux) qu'à titre de donnée intéressante, les résultats obtenus par M. le prof. Czerny à Heidelberg, publiés dernièrement par M. le prof. Braun [1].

Après avoir retranché des observations de M. Braun 2 cas suivis de mort, 2 cas de hernies de la ligne blanche et 2 cas de fistule stercorale, comme je l'ai fait pour les observations tirées du service de M. Socin, je trouve :

sur 8 hernies non incarc. (toutes ing.) 5 récidives, 3 guérisons.
» 5 » incarc. (4 ing., 1 crur.) 3 » 2 »

Ce qui fait en °/₀ :

pour les hernies non incarc. 62,5 °/₀ de récid., 37,5 °/₀ de guérisons.
» incarc., 60 °/₀ » 40 °/₀ »

En jetant un coup d'œil sur ces tableaux, on verra que les résultats de M. Socin et de M. Czerny concordent à peu près pour les hernies non incarcérées. — Les résultats obtenus à Bâle sont beaucoup plus favorables, pour les hernies étranglées, que ceux de Heidelberg. Je ne discuterai pas cette différence, car, comme je l'ai dit, la comparaison ne peut guère être établie, avec une pareille inégalité de chiffres.

[1] *Braun.* Ueber Endresultate der Radikaloperationen von Hernien, in Berlin. Klinische Wochenschrift.

Sur 34 observations, je trouve 12 **récidives**. J'ai compté comme récidive *tous les cas dans lesquels une hernie quelconque s'était reformée.* Au point de vue du résultat proprement dit, il y a toutefois des distinctions à faire et des degrés à marquer. Nous verrons en effet plus loin que, bien que le but ne soit pas atteint, puisque le mal a reparu, l'opération a cependant amené une amélioration sensible, dans la plus grande partie des cas de récidive.

Suivent les observations :

PREMIER CAS. (Voir thèse de Steffen, obs. I.)

Spiegelberg, *Auguste*, 30 ans [1], maçon, est opéré en novembre 1877 pour hernie inguinale gauche volumineuse, non incarcérée. — Guérison complète au bout de 31 jours. Ne porte pas régulièrement son bandage et continue son pénible métier. Aussi, au bout de deux mois, on constate une récidive complète. Le malade demande à être opéré de nouveau.

SECOND CAS. (Le même.)

En janvier 1879, l'opération est de nouveau pratiquée sur Spiegelberg; la guérison marche à souhait, et 20 jours après son entrée le malade est guéri. A l'examen que fit M. Steffen 5 ½ mois plus tard, il constata pendant l'effort un soulèvement plus prononcé de la région opérée que de

[1] L'âge indiqué est celui qu'atteignait le malade au moment de l'opération.

la région saine correspondante. Je n'ai malheureusement pas pu revoir ce malade, qui est parti pour l'Amérique, mais, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, la hernie s'était reproduite et atteignait de nouveau son volume précédent.

TROISIÈME CAS. (Obs. IV de Steffen.)

Obermeyer, Ernest, 24 ans, peintre. (Considéré par M. Steffen comme un cas de guérison.) — Hernie inguinale droite volumineuse; opérée le 2 février 1878. Au bout de 42 jours, on constatait une guérison complète.

Voici le résultat au 26 mars 1879 (14 mois après l'op.): La région opérée est quelque peu épaissie; pendant l'effort, elle se soulève légèrement. Le canal inguinal ne renferme cependant aucune anse intestinale. Le malade peut porter un bandage *sans que la hernie s'échappe sous la pelote* (accident qui avait déterminé le malade à se faire opérer). Il est content de son état.

Le 18 juillet 1881 (41 mois après l'opération) je constate une récidive complète. Le malade me raconte que, 6 mois après avoir été opéré, il a vu se produire un soulèvement anormal de la région inguinale droite; peu à peu (sans préciser le temps) une petite bosse se serait formée, et aurait pris un développement graduel, jusqu'au point actuel. Il ne porte plus de bandage; son métier ne réclame pas d'efforts, mais la station debout, durant toute la journée. Il ne ressent aucune douleur et n'a pas de troubles digestifs. La hernie ne le gêne que par son volume; actuellement elle atteint la grosseur de deux poings réunis, elle descend dans le scrotum, mais peut facilement être réduite; la cicatrice, transversale, de $7^1/_2$ centimètres de long, que l'on voit nettement, est distendue, ainsi que la

peau des bourses, par les anses prolabées. — L'anneau inguinal externe est largement ouvert; on y introduit commodément trois doigts.

Appréciation de l'état actuel : Récidive complète; cependant le malade a joui, pendant un certain temps, d'une amélioration à son état : ce qui le prouve, c'est qu'il a l'intention de se faire opérer une seconde fois.

QUATRIÈME CAS. (Obs. V de Steffen.)

Dietziker, Ferdinand, 36 ans, charpentier, est opéré le 1er mars 1878, pour hernie inguinale externe droite, volumineuse et difficile à contenir. Guérison de la plaie par granulations, au bout de 47 jours. A gauche il y a aussi une petite hernie, c'est pourquoi on donne au malade, à sa sortie, un bandage double.

Le 26 mars 1879. (13 mois après l'opération.) Les deux régions inguinales font proéminence légère pendant l'effort, un peu plus à gauche qu'à droite. La peau est fortement déprimée et rétractée, dans la région opérée. Au fond de la fossette, on sent l'anneau, perméable à la pulpe du doigt, mais il n'y a pas de saillie de l'intestin.

M. le Dr Paul Demiéville, assistant à l'hôpital cantonal de Saint-Gall, a bien voulu rechercher D. dans cette ville et m'a communiqué la note suivante, dont je lui témoigne ici ma gratitude.

En date du 12 juillet 1881. (40 1/2 mois après l'opération.) L'opéré se porte à merveille et fait tous les ouvrages de son métier, même ceux qui exigent des efforts; il a recommencé son travail 15 jours déjà après sa sortie de l'hôpital; il n'a aucune douleur ni aucun trouble digestif. Régulièrement, jusqu'au milieu de juin 1881, il a porté son bandage, sauf pendant les jours de repos. Depuis 5 se-

maines, à cause de la chaleur, il ne met son appareil que pour les travaux pénibles. L'examen de la région opérée, montre une cicatrice triangulaire de 5 cm. sur 3 cm. lisse, pigmentée, souple, non douloureuse, bien mobile sur les tissus sous-jacents sauf à l'angle supérieur, où quelques adhérences se sont formées. L'anneau inguinal externe est perméable au pouce. Quand le malade est tranquillement couché sur le dos, pas de proéminence, mais s'il fait des efforts, ou se tient debout, une petite hernie de la grosseur d'un œuf de pigeon apparaît immédiatement. A gauche, il y a aussi une hernie analogue, mais un peu plus petite.

Appréciation : Récidive de la hernie, mais amélioration très notable dans l'état du malade, reposant : 1° sur la diminution du volume de la tumeur, 2° sur la possibilité de contenir la hernie.

Aussi malgré la récidive, le malade est-il très content du résultat obtenu.

CINQUIÈME CAS. (Obs. XII de Steffen.)

Hœusler, Joseph, 57 ans, serrurier, est opéré le 15 novembre 1878, pour hernie inguinale volumineuse à gauche; elle est irréductible. — La hernie n'est pas incarcérée, bien qu'à plusieurs reprises déjà des symptômes d'étranglement se soient produits. — Plusieurs accidents entravent la marche rapide de la guérison : celle-ci n'est obtenue qu'après 2 $^1/_2$ mois. — En plus, le malade a une bronchite chronique et une dégénérescence du cœur. (Alcoolique.)

Le 6 mai 1879 (6 mois après l'opération) le malade est guéri, cependant, pendant les efforts de toux, il se produit un peu de soulèvement dans la profondeur et les piliers écartés permettent l'introduction de la pointe du doigt.

Le 29 juin 1881 (31 $^1/_2$ mois après l'opération), je retrouve

le malade. Jusqu'en automne 1880, il n'y a pas eu trace de récidive. — A ce moment, H. est pris de bronchite accompagnée d'accès de toux continuels; bientôt apparaît une petite hernie dans la région opérée, elle ne cause aucune douleur et augmente lentement de volume. H. a toujours porté, avec une régularité parfaite, son bandage, et malgré cela, la tumeur a grandi sous la pelote. — Il continue son métier, mais vu son âge et son infirmité, il s'est abstenu de tout effort violent. — Actuellement la hernie ne le gêne guère; elle est facilement réductible et assez bien contenue par le bandage. Son volume est égal à celui de deux poings réunis. — La diastase des piliers permet l'introduction de trois doigts. A droite, petite hernie inguinale.

Appréciation : Récidive complète, mais bénéfices réels dus à l'opération : 1° Possibilité de réduire la hernie, 2° efficacité du bandage.

SIXIÉME CAS. (Observation nouvelle.)

Gernet, Veréna, 53 ans, marchande de légumes. Hernie inguinale gauche, de la grosseur du poing, irréductible; existe depuis 16 ans, mais n'a amené aucun trouble, jusqu'à la semaine dernière. — Alors sont survenues des douleurs et à plusieurs reprises des vomissements; les selles sont restées régulières.

Opération faite par M. le Dr Burckhardt, le 18 juillet 1879. — Le sac, très épais, renferme des coagulations jaunes et un peloton épiploïque adhérent aux parois. 4 ligatures divisent son pédicule, les fils laissés longs servent de drain; l'épiploon est réséqué. Le collet est lié avec du catgut; l'anneau inguinal n'est pas suturé. La peau est réunie avec de la soie.

La guérison se fait d'une manière régulière; jamais d'élévations thermiques. Au cinquième jour déjà, la plaie est réunie, sauf à l'angle inférieur, où la présence des fils de catgut entretient un léger écoulement séreux. Ces fils ne se détachent que le 10 août; à ce moment, la fistule donne un peu de pus. — Le 14 août, la malade quitte le service; une petite plaie bourgeonnante, de la grosseur d'une pièce de 5 centimes se remarque encore dans la région opérée; à part cela, la femme G. est guérie.

Le 14 juillet 1880 (24 mois après l'opération.) L'opérée a repris, à sa sortie de l'hôpital, ses occupations habituelles, nécessitant la marche et la station debout, mais pas d'efforts violents. Pendant 6 mois, elle ne remarqua rien d'anormal, mais en février 1880, une récidive se produisit peu à peu. Elle n'a jamais porté de bandage après l'opération; depuis que la hernie s'est reformée, elle en met régulièrement un. — On constate actuellement une hernie de la grosseur d'un œuf, réductible, n'occasionnant aucun trouble, bien contenue par le bandage. — L'écartement des piliers permet l'introduction du pouce.

Appréciation : Bien que la hernie atteigne de nouveau son volume précédent, nous constatons encore ici un gain réel : 1° Réductibilité de la hernie. 2° Possibilité de porter efficacement un bandage.

SEPTIÈME CAS. (Observation nouvelle.)

Ladmann, Elise, 33 ans, ouvrière de fabrique, porte depuis 8 ans une hernie inguinale du côté gauche; elle s'est formée après un effort. La malade est obligée de contenir la hernie avec un bandage, sinon de violentes douleurs se manifestent. Depuis 6 semaines se sont produits à trois reprises des symptômes d'étranglement; le taxis

a toujours réussi cependant à éloigner le danger. — L. demande instamment à être opérée. — Le 24 janvier 1880, M. Socin fait l'opération radicale. — Le sac renferme un peu de sérosité et une petite anse intestinale facile à réduire; aucune adhérence. 3 fils de catgut étreignent le sac et 3 fils rapprochent les piliers. La peau est suturée avec de la soie. La guérison marche à souhait jusqu'au 31 janvier; alors on change le pansement pour la première fois; on enlève le drain et les sutures : la plaie est réunie. — On est obligé de remplacer le pansement Lister par un pansement au coton salicylé, à cause d'un eczéma assez intense, dû à l'action de l'acide phénique. — Le 6 février, la malade se lève, la plaie est entièrement guérie. Depuis le jour de l'opération il n'y a jamais eu de fièvre. Les efforts ne provoquent aucun soulèvement de la région. — Le 13 février, la malade sort avec un bandage.

Le 25 juin 1881 (17 mois après l'opération) je retrouve l'opérée. Pendant 5 mois tout alla bien. En juin 1880, la femme L. fit un effort violent; elle ressentit alors, immédiatement, une douleur vive dans l'aîne, une sensation de déchirure. Depuis ce moment, on peut constater une légère récidive; les troubles qu'elle occasionne sont minimes et se bornent à un sentiment de pesanteur, au niveau du canal inguinal. Malheureusement la malade tousse et on peut constater, au sommet du poumon droit, une infiltration au début. — Le travail de l'opérée est doux et ne demande aucun effort. Elle a porté régulièrement son bandage pendant 3 mois; depuis lors, elle le porte irrégulièrement. — L'examen de la région montre une cicatrice de 6 $^1/_2$ cm. de long, parallèle au ligament de Poupart. Plusieurs ganglions lymphatiques hypertrophiés soulèvent la peau de cette région. — Dans la position horizontale,

on perçoit une dilatation de l'anneau inguinal, perméable à la pointe de l'index. Cette dilatation ne se trouve pas immédiatement au-dessus du ligament, mais à 2 ou 3 cm. plus haut. Quand la malade tousse, une petite hernie, de la grosseur d'une noix, se produit au niveau de l'orifice. Dès que l'effort cesse, la tumeur disparaît. Quand la malade est debout, la hernie se produit d'elle-même.

Appréciation. Ici la récidive n'est point à comparer avec la hernie primitive. L'opération a donc amené : 1° une réduction du volume de la tumeur; 2° un certain degré d'occlusion de l'anneau; 3° la disparition des douleurs.

Huitième cas. (Obs. nouvelle.)

Kröpfli, Johann, cinquante-quatre ans, ouvrier de fabrique. Il y a cinq ans environ que se sont formées, sans cause appréciable, à droite et à gauche, deux hernies inguinales; elles ont toujours été faciles à réduire, mais gênent le malade par leur volume et les troubles qu'elles occasionnent.

L'opération est faite le 13 septembre 1880. On arrive assez difficilement sur le sac, à cause du tissu adipeux sous-cutané, qui est très développé. Le sac lui-même est épais, son collet très large. Il renferme une anse intestinale très longue, non adhérente, facile à réduire; ses parois sont réunies au moyen de 4 ligatures de catgut. Les fils, laissés longs, servent à drainer la plaie; 4 fils de catgut réunissent l'aponévrose qui recouvrait le sac; la peau est rapprochée avec de la soie. — Le 20 septembre, le pansement est renouvelé; on enlève le drain et les sutures; les bords de la peau sont entièrement réunis par première intention. Jusqu'ici le malade n'a jamais eu de fièvre.

Kröpfli est emphysémateux; il a des accès de toux très fréquents. — Le 27 septembre, on enlève tout pansement; la plaie est complètement cicatrisée. — Le 29 septembre, la plaie se rouvre en un point et suppure faiblement pendant une douzaine de jours. On peut constater, pendant l'effort, un soulèvement anormal dans la région inguinale, plus fort à gauche qu'à droite.

Neuvième cas.

Même malade est opéré du côté droit le 29 octobre 1880. Rien de particulier à noter, si ce n'est que le catgut, qui avait donné lieu à une fistule du côté gauche, est remplacé par de la soie désinfectée. — Le collet divisé en 3 parties, par 3 fils de soie, est lié aussi haut que possible, le sac extirpé, les piliers réunis par 2 fils de soie, dont les chefs laissés longs doivent servir de drain pour l'arrière-cavité. Dans la cavité elle-même, un tube de caoutchouc. — L'aponévrose et la peau sont réunies au moyen de points de soie. — Le 5 novembre, on renouvelle le pansement; on enlève le drain et les sutures; la plaie est réunie par première intention. Jusqu'ici le malade n'a pas eu de fièvre ni de douleurs abdominales. — Le 9, on supprime tout pansement; une petite fistule s'est formée sur la cicatrice, elle donne très peu. — Le 13 novembre, l'écoulement a cessé, le malade sort. — Pendant toute la durée du traitement, K. a toussé sans cesse, mais aucun autre accident n'est venu enrayer la marche de la guérison. — A sa sortie, on constate, des deux côtés, un soulèvement notable des tissus profonds pendant l'effort.

En juillet 1881 (dix mois après la première, neuf mois après la seconde opération), Kröpfli présente une récidive complète des deux côtés. Il s'est formé, quatre jours après

la sortie du malade, dans la plaie de droite, une fistule qui persiste encore aujourd'hui, malgré les efforts tentés pour la guérir. K. a continué à tousser beaucoup; de janvier à mars 1881, les accès devinrent plus forts que jamais et c'est à ce moment qu'il vit les hernies se reformer et atteindre rapidement le volume qu'elles avaient autrefois. L'opéré n'a pas porté de bandage, à cause des douleurs que produisait la pression de la pelote sur la fistule et à cause de la sécrétion qui salissait nécessairement l'appareil. Depuis sa sortie de l'hôpital, Kröpfli a travaillé ordinairement assis, son ouvrage n'était pas pénible.

L'examen de la région inguinale montre : a) *A gauche*, cicatrice linéaire, souple, de 5 $^1/_2$ cm. de long, soulevée, ainsi que la peau avoisinante, par une hernie inguinale de la grosseur d'un œuf de poule, facilement réductible. Orifice inguinal externe perméable au pouce. b) *A droite*, cicatrice de 4 $^1/_2$ cm. de long, épaisse, dure; tout autour la peau est infiltrée; au milieu de la cicatrice se trouve un trajet fistuleux borgne, de 1 à 2 cm. de profondeur, d'où sort un peu de pus clair. A la pression digitale toute cette partie infiltrée est douloureuse. La peau de la région est ici très fortement soulevée par une hernie de la grosseur du poing, atteignant la racine du scrotum. Le pouce entre facilement entre les piliers écartés. Le malade se plaint d'un sentiment de pesanteur dans les aines. Dans la position horizontale, les hernies disparaissent.

Appréciation. Ici nous ne pouvons malheureusement constater qu'une récidive complète, sans amélioration quelconque. La présence de la fistule (due à un fil de soie) est au contraire une aggravation. Une bonne partie de l'insuccès doit être mise sur le compte de la bronchite chronique.

Dixième cas. (Obs. nouvelle.)

Spichti, Auguste, vingt et un ans, employé à la gare, porte depuis son enfance une hernie inguinale gauche ; jusqu'à l'âge de dix ans il l'a contenue avec un bandage, qui dès lors a été complètement mis de côté. Le 31 décembre, après avoir fait un saut d'un wagon à terre, des symptômes d'étranglement se produisent et persistent jusqu'au 2 janvier. Le taxis reste infructueux ; on procède alors à l'opération. Une hydrocèle enkystée volumineuse compliquait la hernie étranglée. On ponctionne le kyste, d'où s'échappent 300 gr. de liquide clair, rougeâtre. Le sac herniaire renferme un peloton épiploïque adhérent aux parois ; ces adhérences sont rompues, le pédicule est divisé et lié en 3 parties et l'épiploon réséqué ; le bout central se retire de lui-même dans la cavité abdominale. — C'est seulement alors qu'on découvre l'anse intestinale tendue, congestionnée, irréductible. Le débridement de l'anneau constricteur est facile, l'anse ne présente aucun signe de gangrène : on la réduit. Le sac *ne peut être lié* à cause de ses adhérences intimes avec le cordon spermatique. — L'anneau inguinal externe est fermé, au moyen de 6 fils de catgut. Le reste comme de coutume.

Le lendemain, la température monte à 38°,2 dans la soirée, mais il n'y a cependant aucun signe inquiétant, le ventre est souple et indolent, il n'y a pas de vomissements ; de nombreuses flatuosités prouvent que le tube intestinal n'est plus étranglé. — Au sixième jour, on renouvelle le pansement ; la plaie est réunie par première intention. On enlève le drain et les sutures. — Le 15 janvier, on supprime tout pansement, le malade est guéri. — Il sort le 20 janvier avec un bandage.

Le 30 juin 1881. (Dix-huit mois après l'opération.) — Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, S. a pu reprendre son travail pénible; il est obligé de se tenir debout toute la journée, de courir, de sauter fréquemment; de plus S. fait chaque jour deux lieues à pied pour venir à ses affaires et rentrer chez lui. Il a porté son bandage régulièrement jusqu'au commencement d'avril. A ce moment-là, il l'abandonna pendant huit jours. S. remarqua alors bientôt, dans le pli inguinal gauche, une petite tumeur grosse comme une noisette : il reprit immédiatement son bandage et ne le quitta plus jusqu'au commencement de ce mois. La hernie avait cependant augmenté sous la pelote. Depuis qu'il a quitté son appareil, S. voit la tumeur augmenter progressivement de volume. — L'examen de la région opérée montre une large cicatrice de 7 cm. de longueur, soulevée, ainsi que la peau qui l'avoisine, par une hernie de la grosseur d'un œuf, dépassant d'un travers de doigt la racine du scrotum. On introduit facilement deux doigts dans l'anneau inguinal externe. La toux fait saillir vivement la hernie. S. n'a pas de douleurs ni de troubles digestifs.

Appréciation. Dans ce cas, l'opération était commandée par l'étranglement; la récidive doit être attribuée, pensons-nous, au fait que le sac ne put être lié, à cause de ses adhérences avec le cordon.

Onzième cas. (XI[e] Obs. de Steffen.)

Bloser, Marianne, 59 ans, souffre depuis 20 ans d'une hernie crurale à gauche, atteignant le volume d'une pomme. A plusieurs reprises déjà, elle s'est engouée; jusqu'ici le taxis a toujours réussi. Cette fois l'incarcération persiste et l'opération devient nécessaire, le 13 novembre 1879. Guérison sans encombres, par première intention en 15 jours.

Résultat à la fin de mai 1879 (6 $^1/_2$ mois après l'op.) : Pas de récidive ; quelques douleurs dans l'aine gauche après la marche.

Le 29 juin 1881. Depuis l'opération, la femme B. s'est occupée de son ménage ; elle n'a pas de travail pénible à faire. Elle n'a pas porté de bandage jusqu'au moment de la récidive. Depuis 2 ans, elle a vu la hernie se reproduire et augmenter progressivement de volume. Elle se plaint d'un sentiment de pesanteur dans l'aine gauche, prononcé surtout après la marche ou le travail ; elle n'a pas de troubles digestifs ; sa santé est excellente. — L'examen de la région opérée montre une tumeur de la grosseur d'une noix, grossissant quand la malade tousse. L'anneau est perméable à la pointe de l'index. Les parois abdominales sont flasques.

En somme, la hernie a diminué de volume et les douleurs ont disparu ; la malade est contente de son état, du reste l'opération était forcée par l'incarcération.

Douzième cas. (XV^e Obs. de Steffen.)

H. H. 51 ans, boulanger. Hernie crurale droite, de la grosseur d'une petite pomme ; elle date de 30 ans. Depuis un jour, elle est incarcérée. — Opération le 13 mars 1879. Dans le sac se trouve un peloton épiploïque et une anse intestinale. — Rupture de l'intestin pendant l'opération, nécessitant quelques points de suture. Néanmoins guérison complète au bout de 18 jours. Au moment de la sortie, il ne se produisait pas de soulèvement pendant l'effort. — M. Steffen ne revit pas ce malade.

Le 29 juin 1881 (27 $^1/_2$ mois après l'op.), je constate une récidive complète. Six semaines après l'opération, H. avait commencé à tousser ; il remarqua alors que la hernie

se reformait. La toux persista tout l'hiver et la tumeur augmenta progressivement de volume. Depuis sa sortie de l'hôpital, il a porté régulièrement un bandage bien fait et, malgré cette précaution, le mal augmenta toujours. Il n'a pas travaillé depuis l'opération. De temps en temps quelques douleurs vagues dans l'aine ; pas de troubles digestifs; état général satisfaisant. — La hernie parallèle au ligament de Poupart, présente une forme allongée; elle mesure environ 9 à 10 cm. de longueur. L'anneau crural est large et perméable au pouce.

Ici encore l'opération était nécessitée par le fait de l'étranglement ; au point de vue de la tentative de guérison radicale, c'est un insuccès complet, je l'avoue.

Les 12 observations qu'on vient de lire n'ont pas, nous l'avons dit, au point de vue de l'état actuel du malade, une valeur identique, bien qu'elles soient rangées, dans une même classe. — Nous voyons en effet que dans 5 cas, malgré la récidive, l'état du malade s'est amélioré d'une manière très évidente. (Obs. 4, 5, 6, 7, 11.)

2 fois (Obs. 6, 10), le *volume* de la tumeur s'est réduit quelque peu, 3 fois (Obs. 4, 7, 11) ce volume n'est plus à comparer avec ce qu'il était avant l'opération.

Dans 2 cas (5, 6), la hernie était *irréductible* avant l'opération; actuellement elle est réductible et permet au malade le port efficace d'un bandage.

Dans 2 cas (7, 11) des *douleurs* très vives avaient en-

gagé le malade à se faire traiter : l'opération a fait disparaître ces troubles.

La récidive s'est manifestée :

1	fois	après 22	mois;
2	»	6	»
3	»	5	»
2	»	4	»
0	»	3	»
2	»	2	»
1	»	1 1/2	»

Une fois le temps n'a pu être précisé.

10 d'entre les cas qui ont récidivé appartenaient à la classe des *hernies inguinales*; parmi celles-ci 9 n'étaient pas incarcérées, 1 était étranglée. — 2 autres rentraient dans la classe des *hernies crurales*.

Toutes étaient volumineuses.

Les 34 observations que nous décrivons se rapportent 17 fois à des hommes et 17 fois à des femmes. La récidive s'est produite 9 fois chez des hommes (8 ing. 1 crur.) et 3 fois chez des femmes. (2 ing. 1 crur.)

Pour ce qui concerne l'*âge* des opérés et sa relation avec la récidive, voici ce que je trouve. Sur 34 sujets :

De 1 à 10	ans, sur	2	opérés,	0	récidive.
10 à 15	»	1	»	0	»
15 à 20	»	2	»	0	»
20 à 30	»	3	»	2	»
30 à 40	»	7	»	4	»
40 à 50	»	5	»	0	»
50 à 60	»	11	»	6	»
60 à 70	»	2	»	0	»
70 à 80	»	1	»	0	»

Chez 4 individus seulement, le *travail* auquel ils furent soumis après l'opération nécessita des efforts répétés; chez 5 autres, le travail fut doux et modéré; chez 3 enfin, il fut nul ou à peu près.

Deux opérés seulement ont porté un *bandage* d'une manière suivie et régulière, 4 autres l'ont mis irrégulièrement, 5 ne s'en sont pas servi, enfin un dernier l'a bien porté, mais l'appareil était défectueux.

J'arrive maintenant aux **malades chez lesquels l'opération radicale a été suivie de succès**. Le nombre de ces sujets-là s'élève à 22.

Treizième cas. (Obs. II de Steffen.)

Sorg, Louis, 5 ans. Hernie inguinale externe gauche, opérée le 12 décembre 1877. — Guérison en 31 jours.

Résultat à la fin de mai 1879 (17 ½ mois après l'op.) : Guérison complète; anneau entièrement fermé sous la cicatrice.

Le 7 juillet 1881. (43 ½ mois après l'op.) L'enfant se porte bien, il n'a rien remarqué d'anormal dans la région opérée, seulement quelquefois, après de longues marches, il ressent des douleurs vagues dans l'aine. Il a porté régulièrement un bandage pendant les 6 premiers mois, dès lors il l'a mis de côté. — L'examen de la région inguinale montre une cicatrice souple, de 6 cm. de long. Il n'y a pas de récidive, mais l'anneau est perméable à la pointe de l'index et on sent dans la profondeur un léger soulèvement pendant l'effort. Du côté droit, l'anneau est aussi dilaté; on peut y introduire la pulpe du petit doigt.

Quatorzième cas. (Obs. nouvelle.)

Siglin, Wilhelm, 2 ½ ans. L'enfant porte depuis sa naissance une hernie inguinale gauche, restée stationnaire jusqu'au mois d'avril 1879; dès lors, elle augmente progres-

sivement de volume. — L'opération est pratiquée le 19 mai 1879. Elle est faite comme de coutume et ne présente rien de particulier. Le pansement est changé, pour la première fois, le 21 mai; la plaie a bonne apparence. — Le 23 mai, il faut renouveler le pansement qui a été souillé. La température du matin est à 38°, le soir elle atteint 38°,2; les sutures ont coupé la peau, qui s'écarte légèrement; le ventre est quelque peu ballonné et douloureux du côté gauche. Pas de selle. — Le 24 mai, on change le pansement, il a été mouillé par l'urine. Température du soir : 38°,5. La plaie est béante, elle suppure un peu, toutes les sutures ont coupé la peau; on les enlève, ainsi que le drain. Les douleurs abdominales n'ont pas augmenté, le tympanisme persiste et ce n'est qu'après 2 lavements qu'on obtient 2 évacuations claires. — Le 25 mai, la température monte encore à 38°,3, mais les symptômes abdominaux sont beaucoup moins accentués. — On constate le 26 mai une légère intoxication phéniquée, contre laquelle on prescrit une potion à l'acide sulfurique; l'abdomen n'est plus sensible, la suppuration très modérée; la plaie granule. Température 38°.

L'enfant souille toujours le pansement, malgré toutes les précautions prises; il faut le refaire 2 fois par jour; l'intoxication phéniquée, qui avait disparu après la potion acide, se montre de nouveau le 28; on remplace alors le pansement Lister par un pansement au thymol. La température est de nouveau normale. — Dès lors et jusqu'au 12 juin, il ne se passe rien d'anormal; la plaie granule et se cicatrise peu à peu. La toux ne provoque aucun soulèvement de la région opérée. — Le 16 juin, le petit malade est renvoyé chez ses parents; il porte encore une petite plaie de la grosseur d'une pièce de 20 centimes.

Je revois l'enfant le 11 juillet 1881. (25 mois après l'op.)

Il va très bien, a bonne mine et se développe normalement. Il n'a jamais porté de bandage. — La cicatrice est souple et glisse bien sur les tissus profonds. Les piliers ne sont nullement écartés, on ne parvient pas à sentir nettement l'orifice inguinal externe. La toux ne provoque aucun soulèvement insolite.

Quinzième cas. (Obs. nouvelle.)

Strittmatter, *Franz*, 15 ans, écolier, est atteint depuis l'âge de 7 ans, de hernie inguinale double. Jusqu'à ces derniers temps le volume de ces hernies n'a pas augmenté et elles n'ont amené aucun trouble, mais depuis un ou deux mois elles deviennent progressivement plus grandes. — On se décide à l'opération radicale, du *côté droit*, le 23 janvier 1880. Le sac contient 2 cuillerées à soupe de liquide clair, qui s'échappe à l'incision, puis un peloton épiploïque, de la grosseur d'une noix, adhérent aux parois et voilant une petite anse intestinale. Celle-ci est facilement réduite, les adhérences de l'épiploon sont rompues, et le pédicule est lié en deux parts; le bout central est réduit, le bout périphérique extirpé. Une seule ligature pour le sac, 3 pour les piliers (catgut). — Quelques vomissements le soir. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme de la vessie. — Le lendemain la température atteint le soir 38°,7 ; l'abdomen est assez sensible, les vomissements persistent, ainsi que la rétention d'urine. — Le 25, ces symptômes s'amendent, cependant le ventre est encore sensible. Flatuosités fréquentes. La température du matin est à 38°, celle du soir à 39°,7. (1 gramme de quinine.) — Le 26 janvier, température du matin, 39°,1, soir, 39°,4. (1, 5 gr. de quinine.) On renouvelle le pansement. La plaie est réunie par première intention, aucune irritation des lèvres de

la blessure. Le ventre est toujours douloureux, ainsi que le testicule droit, qui est gonflé. — Le 27 janvier, température : matin, 38°,1 ; soir, 39°,1. (Quinine, 1,0.) La sensibilité de l'abdomen a disparu, mais non celle du testicule. — Jusqu'au 30 janvier, la température oscille entre 38° et 39° ; on prescrit de l'huile de ricin, qui amène 2 selles claires et plusieurs ascarides. Vers le soir euphorie. — Le 2 février, le pansement est changé pour la seconde fois ; la plaie est réunie par première intention ; on enlève le drain et les sutures. La fièvre persiste, elle est modérée ; le testicule est toujours très douloureux, ainsi que le cordon spermatique droit. — Le 9 février seulement, la fièvre tombe tout à fait, la plaie est guérie : on supprime le pansement. On perçoit alors, à la palpation, dans le pli inguinal droit, une induration profonde, sensible, grosse comme la paume de la main. La percussion donne là un son mat. — Le 11 février, il se produit une petite fistule, à l'angle inférieur de la plaie. — Jusqu'au 23 février, on constate le soir de temps à autre des températures subfébriles, cependant le malade va bien. La place infiltrée diminue de jour en jour d'étendue, il n'y a plus de sensibilité exagérée. Les selles sont régulières, l'appétit excellent. — Le 24, la fièvre disparaît, le malade se lève ; la petite fistule existe encore. — Enfin, le 12 mars, on constate la guérison complète de la péritonite enkystée et de l'orchite.

Seizième cas.

Même individu. L'opération est pratiquée du côté gauche, le 15 mars 1880. — Une anse intestinale seule est contenue dans le sac. Le collet, divisé en 2 parts, est lié avec du catgut ; 4 sutures pour l'anneau. — Le lendemain la température monte à 38°,2, mais il n'y a aucune compli-

cation. — Jusqu'au 20 mars, il se produit chaque soir une élévation thermique faible, toutefois aucune douleur, ni aucun signe alarmant; le 21, la fièvre tombe. — On change le pansement le 22 : la plaie est réunie par première intention ; on enlève drain et sutures.

Les 25 et 26 mars, un peu de fièvre, 38°, 38°,5. — Nouveau pansement le 27; une petite fistule, provenant du drain, s'est produite à l'angle inférieur. Pansement salicylé. — Le 28 mars, on constate, comme du côté droit, une petite induration sensible dans l'abdomen ; cette infiltration péritonéale a disparu le 2 avril; le malade se lève alors. — Le 9, il quitte le service ; il est entièrement guéri.

Je retrouve S. le 6 juillet 1881. (17 mois après l'opération.) Il a un aspect florissant, ne ressent aucune douleur et n'a jamais rien remarqué d'anormal dans les plis inguinaux. Il a porté régulièrement un bandage double, pendant 6 mois, depuis lors il l'a abandonné. Il travaille à la campagne et peut se livrer à tous les ouvrages. Jamais il n'a eu de troubles digestifs. — Les cicatrices sont souples, la peau bien mobile. Des deux côtés, cependant, la diastase des piliers est facile à constater; elle est plus prononcée à gauche qu'à droite. Dans le premier cas, on peut introduire dans l'orifice la pointe de l'index; dans le second, la pointe du cinquième doigt. La toux ne produit pas de soulèvement anormal dans les régions opérées.

Dix-septième cas. (Obs. nouvelle.)

Vinel, Alphonse, 12 ans, écolier. — Hernie inguino-scrotale droite, depuis 2 ans. La tumeur est facile à réduire. Après la réduction de la hernie, le toucher fait reconnaître la présence, sur le cordon spermatique, d'une

petite tumeur circonscrite et élastique, de forme sphérique et du volume d'une noisette. (Kyste du cordon.) — Opération le 7 février 1880. — Le kyste se présente d'abord, on l'incise et en fait l'ablation, puis on isole le sac, qui est vide dans ce moment. Une seule ligature circulaire rapproche les parois du collet; 6 sutures de catgut sont placées dans les piliers. — La guérison se fait sans encombre; le 12 février, on change le pansement, toute la plaie est réunie par première intention; on enlève le drain et les sutures. — Le 19 février, nouveau pansement; une petite fistule existe à l'angle inférieur; elle est totalement cicatrisée le 25. — Deux jours plus tard, V. sort guéri; il n'a jamais eu de fièvre.

Le 16 juillet 1881 (17 mois après l'opération), je vois l'opéré qui va bien. Rentré chez lui, il vit bientôt la fistule se rouvrir; elle suppura quelque peu pendant 3 semaines, puis tout fut fini par là. V. porta irrégulièrement pendant 2 mois un bandage, mais il l'abandonna complètement dès lors. Il travaille maintenant à la campagne et fait tous les ouvrages de son métier; quelquefois il ressent des douleurs vagues dans la région inguinale; il n'a jamais remarqué la moindre trace d'une récidive. Actuellement on voit une cicatrice de 6 $^1/_2$ cm. de longueur, rétractée et déprimée à la partie inférieure. Le doigt, promené sur l'ancienne plaie, arrive sur l'anneau ouvert, perméable à la pointe du petit doigt; cependant la toux ne fait pas saillir les anses intestinales. A droite, l'anneau est aussi ouvert. Les parois abdominales sont très minces, le ventre ballonné.

Dix-huitième cas. (Obs. nouvelle.)

Hinners, Anna, 36 ans, ménagère, porte depuis 6 ans une hernie inguinale à gauche, de la grosseur d'un œuf

de poule. Elle donne lieu sans cesse à des douleurs irradiées dans la cuisse; elle est irréductible et a toutes les apparences d'un épiplocèle.— Le 17 avril 1880, on procède à l'opération radicale. — Une première poche renfermant une quantité notable de liquide clair contient aussi le sac herniaire proprement dit, adhérent aux parois de la première dilatation. Les adhérences sont rompues, on incise le sac dans lequel se trouve un peloton épiploïque, adhérent à son tour à la séreuse. Les attaches sont brisées, le pédicule lié, puis sectionné au-dessous de la ligature, enfin le bout central est repoussé dans l'abdomen. 2 fils de catgut pour le sac, 4 pour les piliers. — Au cinquième jour, renouvellement du pansement; la plaie est réunie par première intention; on ôte le drain et les sutures. — Le 26 février, on peut supprimer tout pansement, la plaie est guérie; la malade quitte le service après 10 jours de traitement; elle n'a jamais eu de fièvre.

Je revois la femme H. le 24 juin 1881 (14 mois après l'opération); elle est entièrement guérie; jamais elle n' a porté de bandage. A l'examen de la région opérée, je trouve cependant une diastase des piliers suffisamment large pour permettre l'introduction de la pointe de mon petit doigt; du reste les parois abdominales sont distendues par une grossesse, au septième mois.

Dix-neuvième cas. (Obs. nouvelle.)

Hœchler, *Frédérique*, 59 ans, ménagère. Hernie crurale à gauche, depuis 14 ans. Il y a 2 mois qu'elle augmente de volume; actuellement elle atteint la grosseur d'un œuf de poule. — Opération le 30 mars 1880. — Le sac, très mince, renferme un demi-verre de sérosité et un peloton épiploïque adhérent aux parois. Les attaches rompues,

on lie le pédicule avec 2 fils de catgut et on l'excise. Le sac est aussi divisé en 2 parts, l'anneau n'est pas suturé. — Au troisième jour après l'opération, on renouvelle le pansement, enlève le drain et les sutures ; la plaie est réunie par première intention. — Le 6 avril, la malade, entièrement guérie, quitte l'hôpital.

Le 24 juin 1880 (15 mois après l'opération), je constate une guérison complète. Depuis sa sortie de l'hôpital, M^me^ H. s'est toujours portée à merveille, elle n'a rien changé à ses occupations habituelles et ne ressent aucune douleur. Elle a porté un bandage pendant 13 mois; depuis 8 semaines, elle l'a abandonné. Pas de troubles de la digestion. — La cicatrice n'est presque plus visible; on remarque seulement 3 légères dépressions de la peau sur une longueur de 4 cm. ; la peau glisse bien sur les tissus sous-jacents. — La pulpe du médius peut s'enfoncer dans l'anneau crural, qui a les dimensions d'une pièce de 20 centimes; il n'est pas possible de percevoir aucun soulèvement suspect.

Vingtième cas. (Obs. nouvelle.)

Boll, Christine, 44 ans, ouvrière de fabrique. Hernie crurale droite, datant de 10 ans, s'est formée après un violent effort. Elle occasionne depuis quelque temps de grandes douleurs. La hernie a toujours été réductible. — Opération le 19 juillet 1880. — Le sac renferme environ 5 gr. de liquide; il ne contient ni intestins, ni épiploon; il est cloisonné à l'intérieur. On l'isole, le fend du haut en bas, puis on l'enlève. Le collet est lié en deux parts; l'anneau crural est très étroit, on ne le suture pas. — Le 23 juillet, on change le pansement; la plaie est réunie par première intention ; on enlève les sutures. Léger

eczéma phéniqué. Pansement au coton salicylé. — Le 29 juillet, la malade sort guérie de l'hôpital.

Le 26 juin 1881 (11 mois après l'opération), je revois la malade qui est pâle et anémique; ceci ne paraît nullement en rapport avec le sujet qui nous occupe. Son travail est peu pénible, elle est assise la plus grande partie de la journée. La femme B. n'a jamais ressenti le moindre trouble du côté opéré; elle n'a pas porté de bandage. — L'examen du pli de l'aine montre une cicatrice souple de 2 $^1/_2$ cm. de longueur, non adhérente aux tissus profonds. — L'anneau crural est perméable à la pulpe de l'index; un soulèvement très léger des parties profondes peut être perçu quand on enfonce le doigt dans l'orifice, mais cela seulement quand l'effort est violent.

Vingt et unième cas. (Obs. VI de Steffen.)

Erb, *Madeleine*, 49 ans, ouvrière de fabrique, opérée le 22 avril 1878 pour hernie inguinale gauche, incarcérée. Guérison par première intention en 10 jours. Emploi de 2 pansements au thymol.

Résultat à la fin de mai 1878. (13 mois après l'opération.) Guérison complète. Aucun soulèvement anormal pendant l'effort.

Le 30 juin 1881 (38 mois après l'opération), je constate encore la guérison. L'opérée ne se plaint de rien; sa santé est excellente. Elle travaille toujours à la fabrique; ses occupations l'obligent à se tenir debout toute la journée. Jamais elle n'a porté de bandage. L'examen de l'abdomen montre en premier lieu une diastase excessive des muscles droits, occasionnant une véritable éventration et un ventre en besace très prononcé. Parallèlement au ligament de Poupart, se trouve une cicatrice de 7 $^1/_2$ cm. de long,

presque effacée. Il est impossible de sentir le moindre écartement des piliers inguinaux. Pendant l'effort, il ne se produit aucun soulèvement insolite de la région opérée.

Vingt-deuxième cas. (Obs. X de Steffen.)

Winkler, Elisabeth, 59 ans, ménagère. Opérée le 13 novembre 1878, pour hernie inguinale gauche, incarcérée. Guérison en 27 jours.

A la fin de mai 1879 (6 ½ mois après l'opération), on constate une guérison parfaite.

Le 30 juin 1881 (31 ½ mois après l'opération), la guérison persiste ; jamais de douleurs ni de troubles d'aucune nature. L'opérée s'occupe de son ménage et coud à la machine (à pédale). Elle n'a jamais porté de bandage. — Cicatrice épaisse, adhérente aux tissus profonds ; on ne sent pas l'anneau inguinal.

Vingt-troisième cas. (Obs. 12 de Steffen.)

Acker, Charles, 60 ans, menuisier. Hernie inguinale gauche incarcérée, atteignant les dimensions d'un œuf de poule. — Opération le 25 janvier 1879. — Guérison par première intention en 12 jours.

A la fin de mai 1879 (4 ½ mois après l'opération), guérison complète.

Le 28 juin 1881. (29 mois après l'opération.) L'opéré jouit d'une santé excellente, ne se plaint d'aucune douleur ; il continue son métier. Il n'a jamais porté de bandage, si ce n'est pendant quelques jours après sa sortie. — Cicatrice souple et mobile de 6 ½ cm. — Anneau inguinal fermé. — L'opéré est très content.

Vingt-quatrième cas. (Obs. nouvelle.)

Senft, Léonhard, 38 ans, ouvrier de fabrique, porte depuis 10 ans une hernie inguinale à droite; son infirmité ne l'a jamais beaucoup gêné. Depuis 2 ans, il contient la tumeur au moyen d'un bandage. — Le 25 novembre au matin, après un effort de toux, la hernie a subitement augmenté de volume, et tous les efforts du malade, pour la réduire, sont restés vains; bientôt des vomissements se sont produits. Un médecin essaya le taxis pendant le sommeil chloroformique, mais sans succès. A l'hôpital, une nouvelle tentative de réduction, dans le bain chaud et avec le secours du chloroforme, ne réussit pas mieux. On pratiqua alors la herniotomie, suivie de l'opération radicale, qui ne présenta rien de remarquable. Le sac fut lié en 2 parties et 4 fils furent passés dans les piliers. — A part 2 élévations thermiques vespérales, dont le maximum fut 38°2, la guérison ne fut pas troublée jusqu'au 1er décembre; ce jour-là, on renouvelle pour la première fois le pansement; la plaie va très bien, on peut ôter le drain et les sutures de la peau, mais on remarque un gonflement du testicule et du cordon droits. Les jours suivants, la température s'élève quelque peu, ce qu'il faut attribuer à l'inflammation des organes spermatiques. — Le 7 décembre, la plaie est entièrement guérie; on supprime le pansement. L'orchite va beaucoup mieux. — Le 13 décembre, S. quitte le service; la hernie est guérie, il reste encore un peu de gonflement du testicule et du cordon spermatique.

Le 1er juillet 1880, je retrouve ce malade; 19 mois se sont écoulés depuis l'opération. L'état général de S. est excellent; il a repris son travail à la fabrique, lequel nécessite de fréquents efforts. Malgré cela, la hernie n'a pas reparu;

jamais de douleurs ni de troubles digestifs. — S. a toujours porté un bandage, sauf les jours de repos. — L'inspection de la région inguinale montre une cicatrice souple et mobile de 10 cm. de long. En suivant le cordon spermatique, on arrive à l'anneau, perméable à la pointe de l'index. Il n'y a pas de soulèvement des parties profondes. Le testicule droit est encore légèrement plus gros que le gauche. — Du côté gauche, se trouve une petite hernie crurale.

Vingt-cinquième cas. (Obs. nouvelle.)

Grob, Susanne, 52 ans, ménagère, est atteinte depuis 19 ans d'une hernie inguinale droite du volume d'un œuf de poule. Elle s'est incarcérée il y a 4 jours, cependant les symptômes d'étranglement sont peu accentués. — Le 30 avril 1880, on pratique l'opération radicale. Le sac, très épaissi, renferme un demi-verre de sérosité et une petite anse congestionnée, bleuâtre. L'anneau d'incarcération est situé très haut dans le canal; on le débride en 3 points et l'anse, après avoir été attirée en bas, examinée et jugée saine, est refoulée dans la cavité abdominale. Ligature du sac, divisé en 2 parts, et suture de la porte avec 3 fils de catgut; les chefs des ligatures, laissés longs, servent au drainage. La guérison s'opère sans aucun trouble. — Le 6 mai, on change pour la première fois le pansement; la plaie est réunie par première intention; les sutures sont enlevées, ainsi que les fils de catgut détachés. — Le lendemain, la malade sort guérie.

Je revois l'opérée le 25 juin 1881. (14 mois après l'opération.) Son aspect est florissant, elle n'a aucune plainte à m'adresser, bien au contraire, sa santé est beaucoup meilleure qu'avant l'opération. Elle a toujours porté un ban-

dage, et reconnaît d'autant plus la nécessité de ce moyen de contention que l'année dernière, environ 2 mois après l'opération, à la fin d'une journée très fatigante, la hernie s'est montrée de nouveau. Elle était grosse comme une noix. De suite réduite et fixée par le bandage, elle n'a plus reparu dès lors. Durant toute la semaine qui précéda cet accident, M^me^ G. avait ressenti de vives douleurs abdominales. — L'examen du pli inguinal montre une cicatrice blanche de 6 ½ cm. de long, au-dessus du ligament de Poupart. Une dépression de la peau, qui est adhérente en ce point, correspond à peu près à l'anneau inguinal externe. Le doigt introduit dans cette dépression pénètre, avec sa pulpe, dans l'ouverture du canal qui est ouvert. La toux produit un soulèvement modéré des parties profondes.

Vingt-sixième cas. (Obs. nouvelle.)

Forrer, Elisabeth, 65 ans, ménagère, porte depuis 20 ans une hernie inguinale gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon, facilement réductible jusqu'ici. Depuis 3 jours, elle est incarcérée. Le taxis, essayé à plusieurs reprises, a échoué jusqu'ici. — Le 13 août 1880, on amène la malade à l'hôpital. M. le docteur Burckhardt procède immédiatement à l'opération. — Le sac est assez difficile à atteindre, à cause du tissu adipeux et des ganglions lymphatiques qui le recouvrent. Une petite quantité de liquide s'échappe au moment où on l'excise; on tombe alors sur un peloton épiploïque, qui recouvre une anse intestinale fortement congestionnée; au point de l'étranglement, se voit un anneau blanc; cependant aucun signe de gangrène. Le débridement permet facilement la réduction de l'anse prolabée; l'épiploon, lié à sa base en 5 parties, est excisé; la porte n'est pas suturée. — Le lendemain, légers signes

d'irritation péritonéale, sensibilité de l'abdomen, ballonnement modéré. Température, 38°,1. Pas de selle ni de vents. Tous ces signes disparaissent le 15 août. — Le 18, on provoque une selle par l'administration de sel de Karlsbad. — Le 19, le pansement est renouvelé; il se répand une odeur assez fétide ; les sutures ont lâché prise, les bords de la plaie sont écartés, une suppuration assez abondante recouvre le tout; la peau du voisinage est rouge et légèrement tuméfiée. — A partir de ce moment et jusqu'au 28 août, on renouvelle le pansement 2 fois par jour; la plaie granule et se ferme. — Le 30, la malade peut se lever; elle commence une cure de bains tièdes. — Enfin, le 4 septembre, l'opérée sort; la plaie qui reste a 4 cm. de long sur $^1/_2$ cm. de large, les efforts de toux ne provoquent aucun soulèvement anormal dans la région inguinale.

Le 3 juillet 1881 (10 $^1/_2$ mois après l'opération), j'ai l'occasion d'examiner la malade. La cicatrisation de la petite plaie, qui persistait encore au moment où la femme F. quitta l'hôpital, se fit très rapidement; jamais elle n'eut de douleurs et n'a pas remarqué la moindre récidive. La santé générale est bonne; l'opérée travaille aux champs, mais, vu son âge, ne fait jamais de grands efforts. Aucun trouble digestif. — La région inguinale porte une large cicatrice, fortement déprimée et adhérente vers son angle inférieur, elle mesure 8 $^1/_2$ cm. de long. L'anneau inguinal est bien fermé, il n'est pas possible de sentir un écartement des piliers. Les efforts de toux n'amènent aucun soulèvement anormal.

Vingt-septième cas. (Obs. nouvelle.)

Humbel, Henri, 48 ans, maçon. Hernie inguinale double. Celle de gauche existe depuis 20 ans, celle de droite depuis 2 ans ; elles ne l'ont jamais beaucoup gêné.

Le 1er octobre 1880 au matin, subitement et sans cause appréciable, la hernie du côté gauche devient douloureuse et irréductible ; le malade vient immédiatement à l'hôpital. On essaie sans succès le taxis dans un bain chaud et pendant le sommeil chloroformique. — L'opération, pratiquée par M. le Dr Burckhardt, ne présente rien d'extraordinaire. Il faut faire 3 débridements de l'anneau constricteur, avant de pouvoir réduire l'anse prolabée. Le sac est suturé avec 3 fils de catgut et la porte semblablement. — A part un peu de rétention d'urine, la marche de la guérison est très satisfaisante. — Le 8 octobre, on renouvelle le pansement : réunion de la peau par première intention. Un peu de pus sort par le drain. — Le 11 octobre, on remplace le pansement Lister par un pansement au coton salicylé ; la fistule donne toujours un peu de pus. Léger œdème du prépuce. — A partir du 12, bains tièdes quotidiens. — Le 18, la plaie est fermée. La résistance autour du canal inguinal est égale des deux côtés. — Le 20, le malade guéri sort du service.

Examen le 27 juin 1881. (11 mois après l'opération.) Après que le malade eut quitté l'hôpital, la plaie se rouvrit et suppura pendant une quinzaine de jours. Un travail pénible (tailler des pierres), que H. dut faire 1 1/2 mois plus tard, provoqua des douleurs dans la région inguinale ; il se mit alors une sorte de bandage de flanelle sur le point opéré et cessa ce travail ; jamais il ne se produisit la moindre récidive. H. n'a jamais porté de bandage proprement dit ;

il continue à travailler comme maçon, mais évite tous les ouvrages pénibles. On constate, à gauche, une cicatrice souple, non adhérente aux tissus sous-jacents, de 9 cm. de longueur. La porte est oblitérée, la toux ne fait pas saillir les couches profondes. A droite, hernie inguinale ancienne, atteignant la racine du scrotum.

Vingt-huitième cas. (Obs. nouvelle.)

*M*me *F.*, 35 ans, a remarqué depuis 6 ans une hernie inguinale gauche, qui, jusqu'ici, ne lui a guère causé de désordres. Depuis 7 jours, la hernie est incarcérée; le taxis, essayé à deux reprises, n'a pas réussi. — Le 31 octobre, on amène la malade à l'hôpital, où de nouvelles tentatives de réduction, aussi peu fructueuses, sont pratiquées dans le bain chaud et pendant le sommeil chloroformiqne. On procède alors à la herniotomie, suivie de l'extirpation du sac. L'opération ne présenta rien de bien notable, si ce n'est que la porte, étroite, dut être débridée pour permettre la réduction; elle ne fut pas suturée, mais bien le collet. — Jusqu'au 7 novembre, la température vespérale s'éleva quelque peu. (38°,4 max.) La perméabilité du tube digestif fut constatée le troisième jour. — Le 7, on refait le pansement; un peu de suppuration; les fils ont coupé la peau en plusieurs points; les bords de la plaie sont légèrement rouges. — Tous les points de suture et le drain sont enlevés. — Les bords de l'incision s'écartent modérément. La fièvre est tombée. — Le 11, nouveau pansement; suppuration modérée. Tandis que les parties profondes granulent convenablement, les lèvres de la plaie s'écartent davantage. On emploie maintenant un pansement au coton salicylé, renouvelé tous les 2 jours. La température monte encore quelquefois jusqu'à 38°. —

A partir du 20 novembre, bains quotidiens; la malade se lève. — Le 25, il ne reste plus qu'une petite fistule. — Le 1er décembre, la plaie est entièrement cicatrisée et la malade, guérie, quitte le service.

A la fin de juillet 1881, Mme F. est examinée. On constate une guérison complète. La cicatrice est encore très marquée; la peau adhère avec les tissus profonds. Il n'est pas possible de découvrir le moindre écartement anormal des piliers. Les efforts de toux ne provoquent aucun soulèvement de la région opérée. Mme F. a porté régulièrement un bandage pendant 2 mois; depuis lors, elle l'a complètement mis de côté. Elle n'a jamais eu d'efforts à faire.

Vingt-neuvième cas. (Obs. nouvelle.)

Mme R., 55 ans. Hernie inguinale droite, de formation toute récente; depuis 3 1/2 jours, elle est incarcérée. — Au moment de l'opération, qui fut pratiquée le 12 juin 1879, la malade était très faible, elle avait sans cesse des vomissements. Dans l'aine se trouvait une tumeur, élastique, peu sensible à la pression. Le sac était très tendu, bosselé (les bosselures correspondaient aux loges formées par un cloisonnement intérieur); il renfermait beaucoup de sérosité et une petite anse intestinale. L'anneau constricteur était très étroit, l'intestin très fortement étranglé. — Le débridement fut difficile. Au moment où on réduisit l'anse, la séreuse se rompit, ce qui donna lieu à une hémorragie assez intense. On la calma, en faisant la suture de l'intestin, pour laquelle 3 fils de catgut furent employés.

Dans la soirée, l'opérée eut déjà 2 selles naturelles. — Le pansement fut renouvelé pour la première fois le 15; le

reste de la guérison se fit à souhait, si bien que la malade se leva au bout de 10 jours.

En juillet 1881 (25 mois plus tard), la guérison persiste; l'opérée n'a pas remarqué de nouveaux troubles. Elle n'a jamais porté de bandage et ne fait pas d'efforts. — La toux ne provoque aucun soulèvement de la région inguinale; il n'y a aucun écartement anormal des piliers à constater.

Trentième cas. (Obs. III de Steffen.)

Vogt, Caroline, 48 ans, ménagère. Hernie crurale droite, de la grosseur d'une noix et de formation toute récente. Depuis 5 jours, symptômes d'étranglement.— Opération le 6 juin. — Le sac contient une quantité notable de sérosité et une anse intestinale. Celle-ci est facile à réduire, sans débridement. — Guérison complète en 22 jours.

Le 25 septembre 1878 et à la fin de mai 1879 (16 mois après l'opération), M. Steffen constatait encore la guérison.

Je vois la femme V. le 30 juin 1881. (41 $^1/_2$ mois après l'opération.) Son aspect est satisfaisant; elle n'a jamais rien remarqué de suspect dans la région opérée et n'a aucune plainte à m'adresser. Elle n'a jamais porté de bandage. — Cicatrice de 11 cm. de long, souple, effacée, soulevée par de nombreux ganglions lymphatiques. Anneau inguinal fermé. Pas de soulèvement anormal des parties profondes. Parois abdominales très flasques.

Trente et unième cas. (Obs. VII de Steffen.)

Schœlffle, Philippine, 44 ans, ménagère. Hernie crurale droite, existant depuis 9 mois, incarcérée depuis un jour. — Opération le 6 juin 1878. — Le sac renferme un peloton épiploïque et une anse intestinale; pas de débridement. — Guérison complète en 9 jours.

Résultat fin mai 1879 (11 $^1/_2$ mois après l'opération) : Guérison complète.

Le 4 juillet 1881. (36 $^1/_2$ mois après l'opération.) L'opérée va très bien ; la hernie n'a pas récidivé, aucune gêne, pas de douleur. — Les piliers ne présentent pas d'écartement, on ne sent pas l'anneau. Il n'y a aucun soulèvement anormal.

Trente-deuxième cas. (Obs. IX de Steffen.)

Kunz, Crezenz, 51 ans, ménagère. Hernie crurale droite, incarcérée depuis 4 jours. — Opération le 8 octobre 1878. — Une légère péritonite et une pleurésie retardent la guérison. Celle-ci est cependant complète au bout de 25 jours.

Résultat en mai 1879. (7 $^1/_2$ mois après l'opération.) Guérison complète ; de temps en temps, douleurs dans la région opérée.

Le 29 juin 1881. (32 $^1/_2$ mois après l'opération.) M^{me} K. est faible et anémique ; elle se plaint de gastralgies (prolapsus utérin) ; elle a, en outre, un sentiment de pesanteur dans l'aine droite. Elle n'a pas porté de bandage. — Les parois abdominales sont très fortement relâchées. Cicatrice de 6 cm., déprimée au milieu ; l'anneau crural n'est pas perceptible au doigt. Pas de soulèvement pendant l'effort.

Trente-troisième cas. (Obs. XVI de Steffen.)

Hœnger, Marianne, 70 ans, ménagère. Hernie crurale droite, très ancienne, grosse comme une noix, incarcérée depuis 3 jours. — Opération le 6 avril 1879. — Guérison un peu retardée par la formation d'une fistule, à la place où se trouvait le drain. Eczéma phéniqué. — Au bout de 24 jours, l'opérée, guérie, quitte le service.

M. Steffen ne revit pas la femme H.

Le 28 juillet 1881. (27 mois après l'opération.) La malade se porte très bien malgré son âge; elle n'a aucune plainte à m'adresser sur son état. — Jamais elle n'a porté de bandage. — Cicatrice de 4 1/2 cm. de long, parallèle au ligament de Poupart, souple, mobile. On ne sent pas l'anneau crural. La toux ne produit aucun soulèvement anormal.

Trente-quatrième cas. (Obs. nouvelle.)

Stachel, Elise, 27 ans, domestique. — Hernie crurale droite; s'est formée il y a 8 jours, après un effort. — Depuis 3 jours, se produisent des symptômes d'étranglement; le taxis n'a pas réussi. — Le 26 juillet 1880, on procède à l'opération. — Le sac, de la grosseur d'une petite pomme, renferme du liquide clair, mais pas d'anse intestinale. Ligature du collet, en deux parties, avec des fils de catgut; les chefs, laissés longs, servent de drain; l'anneau crural n'est pas suturé.

Pendant 2 jours, rétention d'urine. Après 4 jours, selles normales. — Le 31 juillet, le pansement est renouvelé pour la première fois : la plaie est réunie, sauf à l'angle inférieur. La fistule persiste jusqu'au 10 août, jour du départ de la malade, complètement guérie.

Le 24 juin 1881. (11 mois après l'opération.) E. S. se sent très bien; elle a repris, sans aucun inconvénient pour son état, les occupations qu'elle avait autrefois; son travail n'est pas pénible; elle n'a pas de douleurs ni aucun trouble digestif. Jamais elle n'a porté de bandage. — Cicatrice effacée, blanche, souple, légèrement adhérente aux tissus sous-jacents. Anneau crural perméable à l'index. Pas de soulèvement anormal pendant l'effort.

En résumant sommairement les observations ci-dessus, comme je l'ai fait pour les cas de récidive, voici ce qui ressort :

Sur 34 cas, 22 ont été suivis de succès. De ces 22 cas : 8 appartiennent aux hernies non incarcérées (6 inguinales, 2 crurales) et 14 incarcérées. (9 inguinales, 5 crurales.)

Nous voyons de plus que :

Sur 17 hernies non incarcérées 8 ont réussi.
» 17 » incarcérées 14 »

En considérant ces chiffres, nous sommes frappés de la supériorité des résultats que donnent les hernies incarcérées. L'un dans l'autre, la guérison a été obtenue pour les cas de cette classe au bout de 21 jours : résultat absolument très favorable aussi.

Ceci nous montre donc avec évidence que, dans les hernies compliquées d'étranglement, l'ablation du sac et l'occlusion de l'anneau, loin de constituer une complication, concourent au contraire à conjurer maint accident, redoutable lorsqu'on opérait selon l'ancienne méthode, et à obtenir une plus grande rapidité dans la guérison elle-même.

Le *volume* des hernies était variable ; 5 fois l'opération a été pratiquée pour des hernies inguino-scrotales volumineuses (chez des enfants) ; 4 fois la grosseur de la hernie atteignait celle d'un œuf ou d'une pomme, 7 fois celle d'un œuf de pigeon. Enfin, 4 fois, les dimensions ne sont pas précisées, et sûrement alors il s'agissait de petites hernies.

Des 22 personnes guéries, 8 appartenaient au sexe masculin, 14 au sexe féminin.

Quant à l'*âge*, voici ce que je trouve :

De	1—10	ans,	2	malades	guéris	sur 2	opérés.
	10—15	»	1	»	»	1	»
	15—20	»	2	»	»	2	»
	20—30	»	1	»	»	3	»
	30—40	»	3	»	»	7	»
	40—50	»	5	»	»	5	»
	50—60	»	5	»	»	11	»
	60—70	»	2	»	»	2	»
	70—80	»	1	»	»	1	»

Deux individus seulement ont eu un *travail* pénible après l'opération; pour les 20 autres, les occupations auxquelles ils se livraient ne nécessitaient pas d'efforts.

6 opérés seulement ont porté leur *bandage* d'une manière régulière ; parmi ceux-là, 2 pendant 6 mois, 1 pendant 13 mois, les trois autres le portent encore. — 15 ne l'ont jamais mis.

Je n'ai pas hésité à ranger parmi les guérisons *tous les cas dans lesquels il n'y avait pas de récidive dûment constatée*. Ce qui ne veut pas dire que, chez tous ces individus, le canal inguinal ou crural soit revenu à son état normal, non ; généralement un élargissement de ces passages persiste et constitue un danger constant. Cette guérison imparfaite est, cela va sans dire, beaucoup plus fréquente dans les hernies inguinales que dans les hernies crurales. — Je viens de relater 15 cas de hernies inguinales comptés comme guéris : 6 d'entre elles étaient volumineuses et non incarcérées; à l'examen que je fis dernièrement, j'ai pu constater cinq fois la dilatation permanente de l'orifice; une seule fois, je le trouvai entièrement fermé, et cela

chez un enfant de 2 $^1/_2$ ans, au moment de l'opération. (Obs. XIV.) Pour les neuf autres hernies inguinales, l'incarcération avait été le motif de l'opération ; il s'agissait généralement de petites hernies; malgré cela, deux fois l'écartement des piliers était suffisant pour permettre l'introduction de la pointe de mon index. Sur 7 cas de hernies crurales, une seule fois l'anneau était ouvert.

Tout un système d'opération radicale est basé sur l'action directe de certains liquides, appliqués dans le voisinage immédiat de l'orifice externe, au moyen d'injections sous-cutanées. De cette façon, on doit obtenir la rétraction, la condensation des tissus soumis à l'action de ces agents et par là même l'occlusion partielle ou totale du canal dilaté. — Les liquides employés ordinairement ont été : l'eau salée, l'alcool ou une solution d'extrait d'écorce de chêne.

Luton [1], Schwalbe [2], Heaton [3] rapportent un nombre considérable de cas dans lesquels la guérison a été obtenue de cette façon. Ils recommandent chaudement leur méthode et ne lui reconnaissent pas de dangers sérieux. Tous les accidents ont-il été publiés? C'est ce que j'ignore. Certainement, si l'on pouvait avoir suffisamment de sécurité dans l'emploi de ce moyen, il deviendrait le complément naturel de l'opération radicale, telle qu'on la pratique aujourd'hui.

[1] *Luton*, Cure radicale d'une hernie congénitale par des injections sous-cutanées d'eau salée. — *Bulletin de thérap.* décembre 1877.

[2] *Schwalbe*, Die Radikalheilung der Hernien. — *Correspondenzblätter des allgemeinen ärtzlichen Vereines* von Thüringen.

[3] *Heaton*, The cure of rupture reducible and irreducible. — *Boston med. and surg. Journal.*

Sur l'ensemble des cas que je relate ici, la durée *moyenne de la guérison* a été de 31 jours pour les hernies non incarcérées, de 21 pour les hernies incarcérées. Ce résultat me semble l'inverse de ce que nous aurions supposé, car dans la seconde classe nous avons, outre la lésion faite au péritoine par l'instrument tranchant, une lésion plus dangereuse encore, celle de l'intestin étranglé par l'anneau. — Il faut évidemment attribuer cette différence, en premier lieu aux dimensions de la plaie, toujours plus grande dans les hernies non incarcérées (à cause de leur volume); puis, en second lieu, aux tiraillements exercés sur le péritoine (épiploon adhérent), aux déchirures nombreuses et étendues des enveloppes scrotales, enfin quelquefois aux lésions de l'intestin attaché aux parois du sac.

L'*influence du bandage* fonctionnant après l'opération, comme agent de contention, est assez difficile à apprécier. Tandis que nous voyons beaucoup de malades guérir entièrement, bien qu'ils aient négligé l'emploi de ce moyen, nous en voyons d'autres chez lesquels la récidive se manifeste, malgré toutes les précautions prises. Au reste, le nombre de ceux qui suivent les recommandations qu'on leur donne à ce propos est bien restreint; les $^2/_3$ des sujets que j'ai examinés n'ont jamais mis leur appareil, les autres l'ont généralement porté d'une manière irrégulière.

J'ai cependant l'intime conviction que l'action du bandage est des plus efficaces après l'opération radicale; il faut faire comprendre au malade la valeur de ce moyen et toute l'importance qu'il y a à observer une régularité

parfaite dans le port de l'appareil. Le cas de Spichti (observation X) est certainement de nature à prouver que cette opinion est fondée.

Je voudrais encore faire remarquer en dernier lieu que *toutes les maladies chroniques du poumon et des bronches*, aggravent singulièrement le pronostic de l'opération radicale, à cause des accès de toux fréquents qui les accompagnent. (Voir obs. VIII.) — Il est donc de toute importance d'avoir ce fait en vue avant l'opération. Si on se décide à opérer, ce ne sera point dans le but d'obtenir une cure radicale, mais dans celui de parer aux accidents qui accompagnent la hernie.

Bâle, juillet 1881.

CONCLUSIONS

1. *Le résultat de la cure dite radicale ne peut être considéré comme définitif que deux ans environ après l'opération.*

2. *Les chances de succès, dépassant énormément les chances de non-réussite chez les enfants, l'opération radicale est indiquée, chez les sujets de cette classe, toutes les fois que la hernie ne peut plus être contenue par un bandage.*

La statistique nous montre que, chez les adultes et les vieillards, la proportion des succès et des insuccès est à peu près égale. Est-ce à dire que l'opération doive être repoussée quand elle s'adresse à ces individus-là ? Non, certainement.

Une hernie qui ne peut plus être contenue par un bandage à cause de son volume trop considérable, ou à cause des adhérences qu'elle a contractées, entraîne, nous le savons, une incapacité relative de travail. Pour lutter contre ces désordres, nous n'avons qu'un seul moyen, c'est d'attaquer directement le mal par la cure dite radicale. — *Dans ces cas-là, l'opération ne mérite plus l'épithète de* RADICALE, car il nous est possible de prévoir le résultat que nous obtiendrons dans une grande partie des cas : une récidive de la hernie. — Ce n'est plus *pour guérir la hernie* que nous enlevons le sac, après l'avoir lié,

mais c'est *pour nous permettre d'appliquer un bandage,* dont le port deviendra efficace et fera cesser généralement tous ces désordres. — Il est évident que, chez les adultes et les vieillards, l'indication ne sera réellement posée qu'assez rarement, mais il est à coup sûr des cas où l'indication est claire et formelle.

Nous formulerons notre 3e conclusion en ces termes :

3. *L'opération dite radicale est indiquée, chez les adultes et les vieillards, dans tous les cas où un bandage n'est pas supporté ou n'est pas efficace dans son action.*

Une 4e conclusion ressort nettement de ce travail :

4. *L'ablation du sac et la suture du collet ne compliquant nullement le pronostic de la kélotomie, mais augmentant au contraire les chances de réussite de cette opération, devront toujours être pratiquées dans les cas d'étranglement.*

En dernier lieu, je ferai remarquer encore que :

5. *Le terme de « radical » est trop absolu, trop pompeux, dans la plus grande partie des cas et ne devrait guère s'appliquer qu'aux opérations tentées chez les enfants.*